

Preenchimento obrigatório de todos os campos

Inclusão Alteração

DADOS DO ESTIPULANTE

Razão Social (Estipulante) ASSOCIAÇÃO SABESP	Apólice 57.171
Unidade da SABESP	Telefone da Unidade

DADOS DO PROPONENTE

Nome do Proponente		Matrícula	
Data de Nascimento	CPF	Cédula de Identidade	Órgão Expedidor
Sexo	Estado Civil		
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado
Nacionalidade	Ocupação	Data da Admissão	
Endereço Residencial		Número	Complemento
CEP	Bairro	Cidade	Estado
Telefone Residencial ()	Telefone Comercial ()	Celular ()	
E-mail Particular		E-mail Comercial	

GARANTIAS E CAPITAIS SEGURADOS

Salário base mensal R\$	Capital Segurado Corresponde a 20,9 vezes o salário base mensal, limitado ao valor máximo estabelecido no contrato.		
Morte R\$	IEA R\$	IPA R\$	IPD-F (não extensiva a cônjuge) R\$
Plano (escolhido)	<input type="checkbox"/> Com cônjuge 50% <input type="checkbox"/> Com cônjuge 25% <input type="checkbox"/> Sem cônjuge		Prêmio Mensal de Seguro R\$

ASSISTÊNCIAS COMPLEMENTARES (condições estabelecidas em contrato) sem custo adicional

Assistência Funeral	Cesta Básica	Assistência 24 Horas
Familiar: Segurado+Cônjuge+Filhos (Conforme regras do IRPF)	Concedidas ao(s) beneficiário(s) do segurado, no falecimento do segurado.	Acionadas pelo tel. 0800 771 2816

AUTORIZAÇÃO E FORMA DE PAGAMENTO

Eu, proponente do seguro de Vida em Grupo, autorizo o Estipulante a efetuar mensalmente o desconto do prêmio do seguro, **consignado em folha de pagamento**, cabendo ao Estipulante a discriminação no instrumento de cobrança e o repasse integral do prêmio do seguro para a MetLife.

Declaro ainda, estar ciente que o Capital Segurado será reajustado, automaticamente, na mesma proporção e época dos reajustes salariais concedidos pelo meu Empregador, respeitado o capital segurado máximo da apólice. Estou de acordo e concedo ao Estipulante os poderes de representação junto à Seguradora, em relação ao seguro objeto da presente proposta, nos termos da apólice e de suas Condições Gerais, que me foram apresentados neste ato, os quais li, compreendi e fui suficientemente esclarecido a respeito dos seus termos.

Local e Data

Assinatura do Proponente

BENEFICIÁRIOS

Nome Completo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco	% de Participação

Na falta de indicação expressa de beneficiários ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a indicação feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE

O proponente deverá preencher a declaração pessoal de saúde e atividade, de **próprio punho** e por extenso, respondendo cada uma das perguntas, sem omitir nenhuma informação. Se o segurado ou seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido. Assim, se na eventualidade de ocorrência de um sinistro ficar demonstrado que o segurado omitiu ou mentiu a respeito de informações do seu estado de saúde, este seguro será cancelado, ficando a MetLife isenta do pagamento de qualquer indenização do seguro. Também estou ciente que não haverá cobertura em nenhuma das garantias contratadas, na hipótese de sinistros decorrentes de deficiências e/ou doenças preexistentes à contratação do seguro.

Proponente	Sim / Não	Esclarecimentos
1 Encontra-se atualmente em plena atividade profissional? Em caso negativo, inclusive em caso de afastamento temporário ou aposentadoria, especifique o motivo e/ou o tipo de afastamento ou aposentadoria (tempo de serviço ou invalidez).		
2 Tem ou teve alguma doença que o tenha obrigado a usar medicamentos de forma rotineira ou hospitalizar-se ou submeter-se a intervenções cirúrgicas (inclusive biópsia) ou afastar-se de suas atividades normais de trabalho? (em caso positivo, informe o período de tratamento, os respectivos diagnósticos e os medicamentos).		
3 Faz ou fez acompanhamento médico para alguma doença? (em caso positivo, esclarecer a(s) doença(s), a(s) data(s) e diagnóstico(s), do(s) resultado(s) dos últimos exames realizados).		
4 É portador de alguma deficiência de órgãos, membros ou sentidos, inclusive visão e audição? (em caso positivo, especifique a deficiência e informe o grau de visão e o percentual de perda auditiva).		
5 Você é agente público que desempenha ou desempenhou, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em outros países, cargos, empregos ou funções públicas relevantes ¹ ou é representante, familiar ou tem relacionamento próximo com alguma pessoa com estas características? Em caso positivo esclareça.		
6 Qual o seu peso e altura?	Peso:	Altura:

¹ Os detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União; os ocupantes de cargo, no Poder Executivo da União (de ministro de Estado ou equiparado; de presidente, vice-presidente e diretor, ou equivalentes, de autarquias, fundações públicas, empresas públicas ou sociedades de economia mista; do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS, nível 6, e equivalentes); os membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores; os membros do Conselho Nacional do Ministério Público, o Procurador-Geral da República, o Vice-Procurador-Geral da República, o Procurador-Geral do Trabalho, o Procurador-Geral da Justiça Militar, os Subprocuradores-Gerais da República e os Procuradores-Gerais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal; os membros do Tribunal de Contas da União e o Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União; os governadores de Estado e do Distrito Federal, os presidentes de Tribunal de Justiça, de Assembléia Legislativa e de Câmara Distrital, e os presidentes de Tribunal e de Conselho de Contas de Estado, de Municípios e do Distrito Federal; os prefeitos e presidentes de Câmara Municipal das capitais de Estado.

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE

Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde e atividade profissional exercida, tendo prestado informações completas e verídicas. Concordo que as declarações que prestei passem a fazer parte integrante do(s) contrato(s) celebrado(s) com a Seguradora. Autorizo os médicos, hospitais e quaisquer outras entidades médicas que tenham me assistido clinicamente, a quem dispenso da obrigatoriedade do sigilo profissional, a prestarem informações completas sobre consultas, tratamentos ou diagnósticos sobre minha pessoa. Estou ciente que as garantias somente serão cobertas se a proposta for aceita, observado o prazo e o início de vigência individual constante no Contrato do Seguro.

Local e Data

Assinatura do Proponente

DADOS DO CORRETOR

Corretor: Vila Velha Corretora de Seguros

CNPJ: 47.186.283/0001-71

Código SUSEP: 952610195766

Local e Data

Assinatura do Corretor (sob carimbo)

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice. O registro deste plano na Susep não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de registro da SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

**Para mais informações ligue
para Associação SABESP:**

**Departamento de Seguros
11 3147-5962**

Seguro Administrado por:



Seguro Garantido por:

MetLife®